

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2179 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARIF MOSTAFA

10303

Date de naissance :

Adresse :

Habituelle

Tél. : 0522532897

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Deroua

Le : 01/02/2024

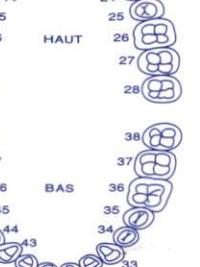
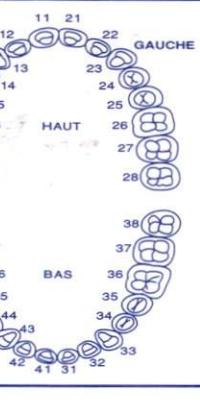
Signature de l'adhérent(e) : ..... 

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
				<b>Début d'execution</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'execution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Determination du coefficient masticatoire														
		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
D	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>														
		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>														
		<b>Fin d'execution</b> <input type="text"/>														
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'execution														
<b>VOLET ADHERENT</b>		<b>NOM :</b> A.R.I.F. MOSTAFA														
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0063732</b>														
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes													
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																
<b>Cachet</b> <b>MUPRAS</b>																



P17/0063732

**DATE DE DEPOT**

**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور سmail المalki

طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

DEROUA, le : ..... 04 JAN. 2024

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot Chabab N°102 - Deroua  
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Fix : 05.22.53.20.57  
24/24 Domicile Deroua  
24/24 Consultation à domicile  
24/24 Consultation à domicile  
24/24 Consultation à domicile

1. ~~100 mg x 2~~

2. ~~100 mg x 2~~

3. ~~100 mg x 2~~

4. ~~100 mg x 2~~

5. ~~100 mg x 2~~

6. ~~100 mg x 2~~

7. ~~100 mg x 2~~

8. ~~100 mg x 2~~

9. ~~100 mg x 2~~

T : 26.1.2024

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot Chabab N°102 - Deroua  
Tél: 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

PPU 93DH00    LOT 25006 3  
EXP 04/2025

